

# NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE \_\_\_\_\_

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número Nombre del trabajador : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)



¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el estado:** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado aprobó su petición para que se le devuelva el reembolso que hizo del pago excesivo que recibió para los meses de \_\_\_\_\_. El condado aprobó que se le reembolse la cantidad de \$\_\_\_\_\_.

La razón es la siguiente:

Usted reembolsó un pago excesivo el cual una corte ahora dice que el condado no tuvo el derecho de cobrarle.

La cantidad del reembolso se indica en esta notificación.

Se le enviará un cheque antes de que pasen dos meses.

Si tiene preguntas, el número de teléfono del departamento de bienestar público del condado es \_\_\_\_\_.

**Medi-Cal:** Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California).  
**Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP